Lane Medical Library

Über einen Fall von schwerer Neurasthenie bei multiplen Exostosen und Konträrsexual-Empfindung.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 30. März 1907

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Kurt Richter

prakt. Arzt aus Kirchhain N.-L.

Unterarzt beim Masurischen Feldartillerie-Regiment Nr. 73.

OPPONENTEN:

Herr Dr. phil. Paul Richter.

- cand. phil. Werner Richter.

- cand. med. Ludwig Clemm.

BERLIN.

Universitäts-Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstraße 158.

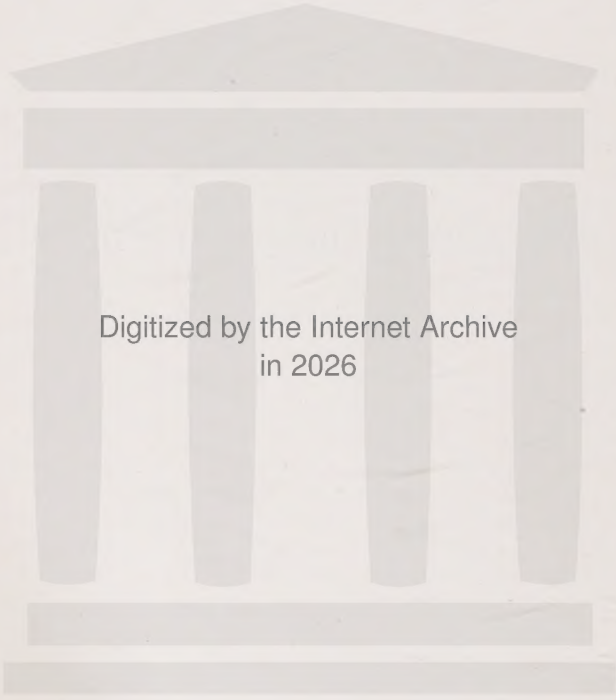
Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Prof. Dr. **Ziehen.**

Meinen lieben Eltern.


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/ubereinenfallvon0000jurt

Bei meinem Kommando zum Charité-Krankenhause hatte ich Gelegenheit, einen besonders eigenartigen Fall von Neurasthenie zu beobachten. Es handelt sich um einen 46 Jahre alten Sprachlehrer, der die Nervenklinik wegen hochgradiger neurasthenischer Beschwerden aufsuchte. Kompliziert wurde der Fall dadurch, daß der Patient gleichzeitig an multiplen Exostosen litt und fernerhin wegen Betätigung konträrsexueller Neigungen schon mit dem § 175 des Strafgesetzbuches in Konflikt gekommen war. Ich möchte in folgendem zunächst den Verlauf der Krankheit dieses Patienten etwas genauer schildern, um dann die eigenartige Verknüpfung mit zwei anscheinend auf ganz anderem Gebiete liegenden Krankheiten eingehend zu besprechen.

Patient X, 46jähriger Sprachlehrer, suchte zuerst im Februar 1905 die Nervenklinik der Kgl. Charité auf. Er gibt an, daß sein Vater sich in einem Anfall von Schwermut das Leben genommen habe, die Mutter an einem Herzleiden gestorben sei. Nach Angabe des Arztes, der die Mutter behandelt hat, soll diese homosexuell gewesen sein. In aufsteigender Linie weiterhin will Patient nicht erblich belastet sein.

Patient ist in Merseburg geboren, hat in Dresden das Gymnasium bis zum Abiturium besucht und ist dann als Journalist und Privatsekretär tätig gewesen. Seit 1889 war er in Berlin Sprachlehrer. Er ist nicht Soldat gewesen, angeblich, weil er nicht kräftig genug war; er ist nicht verheiratet.

Als Kind hat Patient Masern und Scharlach durchgemacht, sonst will er nie ernstlich krank gewesen sein. Eine Infektion wird geleugnet; ein einziges Mal will

X Verkehr mit einer Frau gehabt haben, wobei er sich jedoch vorstellte, den Verkehr mit einem Manne auszuüben. Im Genuß von Alkohol gibt er an, mäßig gewesen zu sein, dagegen hat er eine Zeitlang 30 Zigaretten täglich geraucht.

Über seine Krankheit macht Patient folgende Angaben: er sei von Jugend auf homosexuell und bereits mit 12 Jahren so entwickelt gewesen, daß er einen Samenerguß gehabt habe. Als Knabe habe er sich mit weiblichen Arbeiten, in Küche und Wirtschaft, und mit Handarbeiten am liebsten beschäftigt, er habe sich unter Mädchen viel wohler gefühlt als unter gleichalterigen Knaben, unbewußt sich gleichsam auch als Mädchen denkend. Auch von Mitschülern sei er bis zu Obertertia immer „kleines Mädchen" genannt. Er sei sehr verschämt gewesen, zum Beispiel habe er sich beim Baden nicht in Gegenwart anderer entblößen können. Patient habe sich bis 1889 vollkommen gesund gefühlt. In diesem Jahre habe die Exostosenbildung begonnen.

Die erste Exostose sei im rechten Deltamuskel aufgetreten. Das Auftreten jeder Exostose sei mit Schmerzhaftigkeit verbunden gewesen, besonders so lange als die Exostose noch nicht erhärtet gewesen sei. Patient, vergleicht den Schmerz mit Zahnschmerzen in bezug auf Heftigkeit und plötzlichen Beginn und Aufhören. Die grobe Kraft im rechten Arm sei stark herabgesetzt gewesen. Sobald die Exostosen hart geworden seien, habe der Schmerz auch bei Druck auf dieselben aufgehört.

Dann seien zwei symmetrische Exostosen an den Knien gefolgt, die X eine Zeitlang am Gehen hinderten. Patient ist dann im Jahre 1890 im Hedwig-Krankenhaus und ein halbes Jahr später im Krankenhaus Moabit mit kalkfreier Diät, Röntgenbestrahlung und orthopädischen Maßnahmen behandelt, weil man damals an osteomalazische Prozesse dachte.

Bis zum Jahre 1897 war X dann ziemlich beschwerdefrei. Seit dieser Zeit setzten seine neurasthenischen Beschwerden ein. Er klagte über Platzangst, Schwindelanfälle, Angstgefühl, Erbrechen. Er gibt ferner an, oft hingefallen und immer kurze Zeit besinnungslos gewesen zu sein. Eine Aura will er nicht gehabt haben.

Pat. begab sich wiederum ins Moabiter Krankenhaus und wurde dort mit Elektrizität, Bädern und viel Schlafmitteln behandelt. Im Februar 1900 trat dann wieder eine Verschlimmerung der neurasthenischen Beschwerden ein. Pat. klagte über besonders häufige Schwindelanfälle, wurde auch nach einem Anfall auf der Straße nach der Charité gebracht, wo man ihn auf der inneren Klinik wegen Anämie und Neurasthenie mit Brom behandelte.

Bis zum Jahre 1904 war dann das Befinden des Pat. leidlich; da suchte er dann abermals das Krankenhaus Moabit auf 6 Wochen auf. Acht Tage nach seiner Entlassung von dort mußte er die wegen Verstoß gegen den § 175 des Strafgesetzbuches über ihn verhängte Strafe von $4^1/_2$ Monaten Einzelhaft antreten. Pat. gibt an, während dieser Zeit sehr abgemagert zu sein, er hätte an Angstzuständen, Schweißausbrüchen und Anfällen von Schwermut gelitten, fast täglich erbrochen und wenig geschlafen. Plötzlich wurde er dann zur Wiederherstellung seiner Gesundheit beurlaubt.

In diese Zeit fällt seine Charité-Behandlung. Als Hauptbeschwerde gab er diesmal Kopfschmerzen an. Er schildert die Schmerzen als denen vollkommen gleich, die er beim Entstehen der Exostosen stets gehabt habe. So hat sich denn bei ihm die Vorstellung ausgebildet, daß eine neue Exostose, sei es vom Schädel nach außen oder in die Schädelkapsel hinein, im Entstehen wäre. Schon auf der chirurgischen Klinik hatte er stets in dieser Angst geschwebt, die ihm selbst nach Besichtigung der Röntgenplatte, auf der von Exostosen nichts zu sehen war, nicht genommen werden konnte.

Die körperliche Untersuchung ergab:

Konstitution: Stark abgemagerter, mittelgroßer Mann mit welker Muskulatur und leidlich gutem Fettpolster. An Degenerationszeichen weist der Körper im allgemeinen wenig auf. Pat. hat einen etwas hochgestellten Gaumen, angewachsene Ohrläppchen, und, wie nachher noch eingehender beschrieben wird, Verkrümmungen an beiden oberen Extremitäten, und zwar rechts mehr als links.

Haut: warm, trocken, sichtbare Schleimhäute etwas blaß.

Thorax: mäßig gewölbt; Rippenbögen springen stark hervor. Sternum im unteren Teile etwas eingesunken.

Die Untersuchung der inneren Organe ergab keinen krankhaften Befund.

Arterien: gut gespannt, keine erheblichen Anzeichen von Arteriosklerose.

Urin: ohne Eiweiß und Zucker.

Status nervosus.

Kopf: rechts von der Mitte an einer zirkumskripten Stelle klopfempfindlich mit deutlicher Schmerzreaktion, nach Meinung des Pat. dort Lokalisation einer sich neu bildenden Exostose. (Am Kopf bislang noch keine Exostose beobachtet.)

Hirnnerven:

I: intakt.

II: Fundus normal, keine Einschränkung des Gesichtsfeldes.

III, IV, VI: Augenmuskelbewegungen frei. Kein Nystagmus. Pupillen gleichweit. Pupillenspiel sehr lebhaft. Reaktion auf Licht und Konvergenz prompt und sehr ausgiebig.

V: motorisch und sensibel intakt. Korneal-Reflex: etwas herabgesetzt.

VII: häufiger Lidschlag (Rosenbach). In Ruhe und bei motorischer Innervation symmetrisch. Bei energischem Zähnefletschen treten klonische Zuckungen der Gesichtsmuskulatur ein.

IX: Geschmack intakt.

IX, X, XI: Gaumenheben symmetrisch, Würgereflex herabgesetzt.

XII: Zunge wird gerade herausgestreckt.

Keinerlei Druckpunkte.

Obere Extremität: an beiden Armen je drei fast symmetrisch sitzende Exostosen: 1. am Oberarm, 2. am Ellenbogen, 3. am Handgelenk; rechte Hand mit

mehreren kleinen Exostosen, linke Hand frei. Grobe Kraft rechts erheblich herabgesetzt, links gut erhalten. Dynamometrisch:

rechts	links
40	66
35	67
39	75
33	68

(Patient ist Rechtshänder).

Linker Arm kann gerade ausgestreckt werden, rechter Unterarm gekrümmt mit der Konvexität auf der Streckseite. Die Länge beider Oberarme ist gleich (35 cm). Rechter Unterarm ist um 2 cm kürzer als linker. Keine Atrophien, Spasmen, Hypotonien, Ataxie.

Sehnen- und Periostreflexe werden gut erhalten. Die Sensibilität ist intakt. Es besteht dagegen ein grobschlägiger tremor manuum, links stärker als rechts, der nach Angabe des Patienten sehr wechselt.

Rumpf: die Wirbelsäule ist frei von Exostosen und zeigt keinerlei Klopf- oder Druckempfindlichkeit. Bauchdecken- sowohl wie Cremasterreflexe werden erhalten. Der Leib ist nirgends druckempfindlich, die Sensibilität intakt.

Untere Extremität: das linke Bein spurweise kürzer als das rechte, linkes Bein stärker befallen als rechtes. An der Innenseite der Knie zwei symmetrische Exostosen. Am linken Unterschenkel in der Gegend des Fußgelenks kleinere Exostosen. Rechter Oberschenkel ist frei. An der Innenseite des linken Oberschenkels befindet sich eine nach Angabe des Patienten zuletzt entstandene, noch nicht erhärtete Exostose.

Atrophieen, Spasmen, Hypotonieen, Ataxie sind auch an der unteren Extremität nicht vorhanden. Muskelsinn und Sensibilität intakt. Grobe Kraft ist links deutlich herabgesetzt; jedoch sind ausgiebige Bewegungen möglich, wenn auch links mit Schmerzen an der angeblich zuletzt entstandenen Exostose verknüpft. Die Reflexe werden lebhaft erhalten. Beim Auslösen des Fußsohlenreflexes geht die große Zehe nach der planta pedis. Beim Stehen mit geschlossenen Augen kein Hinfallen (Romberg: negativ). Stehen auf einem Bein ist beider-

seits möglich, rechts besser als links. Beim Gehen wird das linke Bein geschont.

Patient wurde suggestiv mit der Anode galvanisiert, und zwar mit einer Stromstärke von ein M. Amp.

6. II. Auf der rechten Seite des Kopfes ein 1 bis $1^1/_2$ cm breiter Bezirk extremer Druck- und Schmerzempfindlichkeit, der 3 cm von der Medianlinie und 11 cm von der rechten Braue entfernt, also noch eben vor der Koronarnaht liegt.

13. II. Morgens 4 Uhr soll Patient aufstehen, weil er Brechreiz verspürte. Beim Anziehen der Beinkleider fällt Patient um und ist fünf Minuten bewußtlos. Nach dem Anfall Zittern im ganzen Körper; dann Schlaf. Am Tag vorher Extraktion einer kariösen Zahnwurzel.

17. II. Starke Hyperhidrosis in der Nacht.

Patient wurde dann am 22. Februar nach der chirurgischen Klinik der Königlichen Charité verlegt, wo er mit Röntgenstrahlen und Einreibungen mit Ichthyolsalbe behandelt wurde. Am 15. März 05 wurde er von dort entlassen. Seit dieser Zeit bis Mitte August 1905 wurde er jeden zweiten Tag in der Nervenpoliklinik franklinisiert.

Vom September 1905 bis Januar 1906 war er dann im Gefängnis in Tegel, wo er die zweite Hälfte seiner Strafe abbüßte. Patient befand sich wiederum in Einzelhaft. Er will damals stark abgemagert sein, 27 Pfund abgenommen haben und sehr unter Gemütsdepressionen gelitten haben. Nach der Entlassung haben darauf die neurasthenischen Beschwerden wieder derartig zugenommen, daß Patient im Beginn des März 1906 wiederum die Behandlung der Nervenklinik aufsuchte. Seine Klagen waren jetzt: Angstgefühl, Schlaflosigkeit, Schwindelanfälle, die mit Bewußtlosigkeit und nachfolgenden Schweißausbrüchen verknüpft waren, und Gehörshalluzinationen. Patient hörte, obwohl er auf dem Klavier ganz andere Stücke übte, den Aïdamarsch, wie von einer Militärkapelle gespielt, ganz rein und vollehörig. Ferner klagte X über spontan auftretende Kopfschmerzen, die oft stundenlang anhielten und auf beiden Seiten des Schädeldachs lokalisiert waren. Er hatte viel Durst und wenig Appetit, war stets deprimiert. Die körperliche

Untersuchung ergab einen mit dem obenstehenden ersten sich völlig deckenden Befund; nur waren auf der dorsalen Seite des Metacarpus IV dexter und am distalen Ende von Radius und Ulna links neue Exostosen aufgetreten.

Ordination: Totale Bettruhe, 2 mal täglich Soleeinpackung.

Am 3. III. bekam Patient nach der Röntgenuntersuchung einen angeblich ohne Schwindelerscheinungen aufgetretenen Schwächeanfall von 2 Minuten Dauer.

5. III. Zu Beginn der Nacht starker Schweißausbruch, so daß das Hemd gewechselt werden muß. Gegen Mittag trat am linken Rippenbogen, entsprechend dem Ansatz der X. Rippe eine schmerzhafte Anschwellung auf, unter der man eine Knochenauftreibung fühlte. Auf die sich bildende „Exostose" wurde Jodkalisalbe verrieben.

7. III. Ein mit Bewußtlosigkeit und nachfolgendem Schweißausbruch verknüpfter Anfall von 3 Minuten Dauer gegen 10 Uhr abends.

11. III. Die Anschwellung am linken Rippenbogen ist zurückgegangen; spontan nicht mehr, dagegen auf Druck noch schmerzhaft.

18. III. Die neurasthenischen Beschwerden des Patienten haben sich nach seiner eigenen Angabe bedeutend gebessert. Kopfschmerzen geringer; keine Schwindel- oder Schwächeanfälle mehr. Patient darf täglich 2 Stunden aufstehen.

19. III. Die Exostose am linken Rippenbogen ist von fast täglich wechselnder Größe.

31. III. X wird auf seinen Wunsch als gebessert entlassen.

Ich habe dann den Patienten am 14. VI. 06 in seiner Privatwohnung aufgesucht. Er gab an, von seiten der Exostosen fast gar keine Beschwerden mehr zu haben, auch sei sein Allgemeinbefinden erheblich gebessert. Er gibt Sprachstunden, täglich ungefähr 4 Stunden, die ihn allerdings mehr anstrengen als vor seiner Krankheit. In der Zeit seit der Entlassung aus der Charité sind noch zwei Schwindelanfälle aufgetreten, von denen einer an Komplikationen und Schwere alle früheren Anfälle übertraf. Der Patient gibt an, am 14. April einen mit Bewußtlosigkeit verknüpften Anfall von 10 Minuten Dauer gehabt zu haben, und zwar sei

dies das erste Mal gewesen, wo er während des Anfalls Kot und Urin unter sich gelassen habe; einen zweiten Anfall habe er am 9. Juni gehabt. Er beschreibt den Anfall folgendermaßen: plötzlich habe er das Gefühl gehabt, als wenn er von Eis wäre und zerschmelze; dieses Gefühl sei sehr wohltuend gewesen. Der ganze Anfall habe 2 Minuten gedauert und sei gleichfalls mit Bewußtlosigkeit verbunden gewesen. Eine sogenannte „Aura" will Patient vor den Anfällen nie gehabt haben.

Was den sexuellen Verkehr des Patienten angeht, so gibt er an, jetzt keinerlei weder heterosexuelle noch bisexuelle noch homosexuelle Gefühle mehr zu haben. Die Strafe hätte derartig auf ihn gewirkt, daß die Angst vor einer zweiten Bestrafung, die dann wegen eines Vergehens im „Rückfall" um so höher und empfindlicher sein würde, jedes Gefühl in ihm erstickte.

Wie aus nachfolgendem selbstverfaßten Lebenslauf des Patienten ersichtlich ist, hat sich dieser bis zum 25.—28. Lebensjahr an Männer angeschlossen, die älter als er waren, von diesem Alter an bevorzugte er jüngere Männer. Diesen eigenartigen Umschlag in der Wahl seines Objektes kann sich X selbst nicht erklären. Er gibt nur zur Erläuterung an, daß er sich als junger Mensch mehr in der passiven Rolle gefiel, gewissermaßen als Mädchen empfand, später in der aktiven Rolle als Mann.

Wenn ich in kurzem noch einmal die wesentlichsten Punkte der Krankengeschichte zusammenfasse, so haben wir es mit einem wissenschaftlich gebildeten Manne zu tun, der konvergent, sowohl von väterlicher wie von mütterlicher Seite, erblich belastet, schon von frühester Jugend an konträrsexuell empfunden hat, sich bis zum 29. Jahr völlig gesund gefühlt hat, bis zum Jahre 1889, in welchem die Exostosenbildung begann. Trotz mannigfacher Krankenhausbehandlung nicht gebessert, wurde Patient nach 8 Jahren seiner Krankheit ein Neurastheniker. Der weitere Fortschritt der organischen Erkrankung, eine wegen seiner Konträrsexualempfindung über ihn verhängte Strafe und die mit dem Abbüßen der Strafe verbundenen körperlichen Strapazen trieben dann den Patienten von Krankenhaus zu Krankenhaus, immer wegen derselben neurasthenischen Beschwerden,

bis er, wenn vielleicht auch nur vorübergehend, gebessert aus der Behandlung der Nervenklinik der Kgl. Charité entlassen wurde. Im ganzen Verlauf der Krankheit hat die geistige Kapazität bei X in keiner Weise abgenommen. Im Gegenteil beschäftigte er sich vielfach mit Übersetzungen aus dem Deutschen ins Französische und umgekehrt, verfaßte selbst Aphorismen und Gedichte, von denen ich eins folgen lassen möchte:

„Dürstend".

Ach zieh' noch nicht das Glas zurück,
Ich nippte kaum!
Vergönne mir noch einen Schluck,
Wär's auch nur Schaum.
Zerflösse auf den Lippen auch
Das flücht'ge Naß —
Nur nicht so lechzend lass' mich stehen
Beim vollen Glas.

Ich bin von Sorge, Weh und Pein
So müd' gehetzt,
Hab' zur Betäubung nur das Glas
Heut' angesetzt.
Drum gib mir's! Gib's noch einmal her!
Gönn' mir den Traum,
Mich zu berauschen auch „einmal
Am Freudenschaum". —

Fernerhin lasse ich zur Erklärung insbesondere der perversen Neigungen des Patienten einen von diesem selbst verfaßten Lebenslauf folgen:

„Am ersten April 1860 zu Merseburg a/S. geboren, Vater Deutscher, Mutter Französin, beide gestorben; Vater in einem Anfall von Schwermut Selbstmord verübt, Mutter an Altersschwäche verschieden. —

Schon in früher Jugend, etwa mit 12 Jahren, zeigten sich bei mir homosexuelle Neigungen. In diesem Alter wurde von älterem Mitschüler zum Masturbieren verleitet. Mit etwa 14 Jahren hatte ich eine schwärmerische Neigung für einen etwa 25 bis 30jährigen Lehrer meiner Klasse (Tertia). Ich empfand ein süßes Schauern, ein nie gekanntes Gefühl, als er mir einmal liebkosend mit

der Hand das Haar streichelte. Bis zum 17. Jahre immer Schülerfreundschaften und wechselseitiges Onanieren. Ich empfand niemals Zuneigung zum anderen Geschlecht. Als ich der Gegenstand der innigsten Verehrung und Liebe einer jungen Dame wurde — ich war damals 20 Jahre alt — war ich unglücklich. Wenn sie mich, was oft geschah, küßte, empfand ich einen so sichtbaren Widerwillen, daß sie mich fragte, warum ich so kühl und ablehnend mich verhalte. Sie glaubte, ich liebe eine andere. Ich war mir meiner konträrsexuellen Neigung bis dahin gar nicht bewußt, bis ich durch Zufall von einem meiner Freunde, einem jungen Dr. med., darüber aufgeklärt ward. Ich kann nicht sagen, daß ich über diese Entdeckung, die ich jetzt an mir machte, unglücklich gewesen wäre. Ich hielt meine homosexuellen Neigungen für eine tiefinnerliche konstitutionelle Anlage, die mit der bisexuellen Veranlagung des Menschen ganz und gar zusammenhängt. Bis zu meinem 25. bis 28. Jahre ungefähr liebte ich Männer, welche älter als ich waren. Später, und dies hat sich bis zum heutigen Tage nicht geändert, liebte ich nur junge Burschen.

Ein besonderes faible habe ich für blonde, junge Leute mit rosigem Inkarnat und schönen Körperformen. Die Betätigung meiner Liebe ist meist schwärmerisch, oft rein und ideal; jedenfalls liegen mir Akte grobsinnlicher Natur, wie der coitus analis oder coitus oralis gar nicht, ich empfinde nur wahrhaftes sinnliches Vergnügen im wechselseitigen Masturbieren unter Küssen und Umarmungen. — Umgang mit Frauen hatte ich nie; ich habe einmal im Jahre 1889, also mit 29 Jahren, den coitus mit einem Mädchen von etwa 20 Jahren ausgeführt; ich imaginierte mir dabei, daß es mein Freund und damaliges Verhältnis sei, sonst hätte ich wahrscheinlich den Akt gar nicht ausführen können! — Ein langes Frauenhaar kann mir fast Entsetzen einflößen, während ich den Kopf und das Haupthaar eines schönen Jünglings mit süßem Schauern küsse und gern in solches beiße.

Ich fühle mich ohne Freund und Liebe unglücklich, ich war dann trostlos, und düstere Stimmung beherrschte mich bis zur schwarzen Melancholie! — In jungen Jahren habe ich häufig masturbiert. Seit meinem 30. Jahre etwa nicht mehr; ich habe keinen Reiz dazu; in der Umarmung

eines jungen Menschen aber bin ich fähig 3 bis 4 mal in einer Nacht Samenerguß erfolgen zu lassen, ohne eine Spur von Ermüdung und Schlaffheit. — Ich fühle mich im Gegenteil nach einer solchen Nacht am nächsten Tage sehr wohl, bin heiter und aufgeräumt, habe guten Schlaf und Appetit.

Homosexuelle Männer mit weibischen Allüren sind mir ein Greuel, ich verkehrte auch nie in homosexuellen Kreisen mit sogenannten Tanten oder Schwestern. Alles sogenannte Tantische (Weibische) ist mir gräßlich. Die geschminkten männlichen Prostituierten der Friedrichstraße entsetzen mich! Und dabei habe ich oft zu allen möglichen Kosmetika gegriffen, um meinem auserwählten Freund möglichst zu gefallen! —

Seit einiger Zeit, wohl in Folge des fürchterlichen Kommas in meiner Lebensführung — ich meine die 9 monatige Gefängnisstrafe — bin ich wie umgewandelt. Bar aller Sinnlichkeit habe ich keinerlei Bedürfnisse, weder zu lieben noch geliebt zu werden. Vielleicht hängt dieses auch mit meiner Krankheit zusammen."

Aus der Krankengeschichte ergeben sich ohne weiteres zwei Diagnosen

1. Multiple Exostosen
2. Neurasthenie.

Zu erwähnen sind außerdem noch die Schwindelanfälle. Im allgemeinen dürfen diese wohl in der Diagnose Neurasthenie enthalten sein, da die Art ihres Auftretens den Charakter neurasthenischer Anfälle trägt. Nur ein einziger Anfall, wo Patient Kot und Urin unter sich gelassen hat, bedarf wohl noch einer weiteren Erörterung, da er nicht so ohnehin als neurasthenischer Anfall bezeichnet werden kann.

Nach der Art des Anfalles muß man ohne weiteres denselben für einen epileptischen Anfall halten, wenn auch in unserem Falle keine Exostose in der Schädelkapsel nachgewiesen, noch irgend ein Moment vorhanden ist, wie Druck, Schlag oder ein anderes Trauma, das Anfälle im Sinne einer Jackson-Epilepsie hervorrufen könne.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ist es, wie W. Vorkastner in seiner Arbeit über Epilepsie

schreibt, eine ererbte konstitutionelle neuropathische Veranlagung, auf deren Boden sich die Epilepsie entwickelt. Vorkastner schiebt diese Vererblichkeit auf eine Minderwertigkeit des Keimplasmas eines der beiden Erzeuger. Das prädisponierende Moment der neuropathischen Veranlagung, die Art des letzten Anfalles würde uns also nicht hindern können, die Anfälle als epileptiforme aufzufassen. Wir hätten es dann mit einer Verbindung zwischen Neurasthenie und Epilepsie zu tun. Da jedoch unseren Anfällen die Aura, ferner klonische Zuckungen im Jacksontypus, wo Bewußtlosigkeit erst dann eintritt, wenn der Anfall auf die andere Seite übergeht, und drittens klonisch-tonische Zuckungen im Sinne einer genuinen Epilepsie fehlen, dürfen wir sie ruhig als neurasthenische Schwindelanfälle bezeichnen. Zugeben können wir, daß der eine Anfall, wo Patient Kot und Urin unter sich gelassen hat, epileptisch war, um so mehr, als es vorkommen kann, daß ein Mensch im ganzen Leben nur einmal einen epileptischen Anfall bekommt und dann nie wieder.

Es entstehen nun 2 Fragen:

1. Haben die multiplen Exostosen irgendwelche Beziehungen zur Neurasthenie?

2. Hat die Konträrsexualempfindung Beziehungen zur Neurasthenie?

Zur Beantwortung der ersten Frage muß ich eine kurze Besprechung der Ätiologie sowohl der Neurasthenie wie der Exostosen vorausschicken.

Ätiologie der Neurasthenie. Der Krankheitsausbruch erfolgt meistens vom 15. bis 30. Lebensjahr. Erbliche Belastung spielt nach Ziehen unter anderem bei der Neurasthenie eine etwas geringere Rolle als bei den meisten anderen Psychosen; wenn jedoch eine solche vorhanden ist, so begegnen wir nach Löwenfeld meist auch körperlichen Anomalien, die als Ausdruck — trophische Folge — der abnormen Veranlagung des Nervensystems aufzufassen seien.

Das Charakteristische dieser hereditären Neurasthenie liegt nach Beard in ihrer Hartnäckigkeit. Beard schreibt: „Je entschiedener die Heredität ausgesprochen ist, um

so schwieriger ist eine vollständige Heilung und um so größer ist die Wahrscheinlichkeit eines teilweisen Rückfalles, nachdem Besserung erzielt wurde.“ Krafft-Ebing hält eine Vererbung erworbener pathologischer Zustände auf die Deszendenz für sicher. Die Erfahrung, daß oft bei der Neurasthenie durch die Einwirkung relativ geringfügiger unter physiologischen Verhältnissen entweder nicht oder nur ganz vorübergehend wirksamer Schädlichkeiten sich weittragende und folgenschwere Krankheitszustände entwickeln, hat Binswanger zu der Anschauung gebracht, daß vor der Entwicklung dieser Nervenkrankheit eine krankhafte Beschaffenheit des Nervensystems, eine neuropathische Prädisposition, schon vorhanden gewesen sein müsse. Diese Disposition kann entweder eine erworbene oder eine ererbte sein. Handelt es sich um Individuen, deren Verwandte in aufsteigender Linie mehrere Geschlechter hindurch an Nerven- oder Geisteskrankheiten gelitten hatten, so wird bei solchen erblich Degenerierten die Neurose oder Psychose in um so früherem Alter und um so hartnäckiger auftreten. Gerade bei der Neurasthenie ist diese erblich degenerative Form nicht selten.

Selbstverständlich kommen als Ätiologie für die Neurasthenie auch alle die Momente in Betracht, die prädisponierend für andere funktionelle Störungen, sei es mit oder ohne Intelligenzdefekt, sind. Zu erwähnen sind da hauptsächlich Intoxikationen mit Alkohol oder Metallgiften, Pubertät, Senium, körperliche Krankheiten, cerebrale Erschöpfung, Gemütserschütterung und sexuelle Exzesse. Endlich ist noch die sogenannte chronische nervöse Erschöpfung (Kräpelin) zu erwähnen, die nichts anderes darstellt als eine erworbene Neurasthenie. Kräpelin gibt zu, daß zwischen dieser erworbenen Neurasthenie und der konstitutionellen Neurasthenie fließende Übergänge beständen, je nach den Verhältnissen, in welchen äußere Ursachen einerseits, krankhafte Veranlagung andererseits an der Entwicklung des Leidens beteiligt seien.

Ätiologie der Exostosen. Bei Durchsuchung der Literatur ist mir aufgefallen, daß der Krankheitsbegriff der „Exostosen“ und der der „Polymyositis

ossificans“ im allgemeinen nicht scharf getrennt ist. Es liegt dies hauptsächlich wohl an der Mannigfaltigkeit der Ansichten, die über die Entstehung der Exostosen herrschen. Orth faßt die Exostosen als umschriebene Knochenbildung in Geschwulstform auf, welche dem Knochen fest aufsitzen und in der Regel mehr diesem als der Haut anzugehören scheinen.

Auch nach Langerhans sind es hauptsächlich vom Periost ausgehende Wucherungen. Diese Ansichten werden bestärkt durch einige in der Literatur beschriebene Fälle. In dem einen Falle sucht Pincus den Nachweis zu bringen, daß die Myositis ossificans keine Erkrankung sui generis sei, zu den multiplen Osteomen und Exostosen gehöre, und daß ihr Geschwulstcharakter zweifellos sei. Der Prozeß nimmt seinen Ausgang vom Perioste, infolge einfacher Atrophie geht sekundär das Muskelgewebe zugrunde. Pincus behauptet weiter, daß das Zusammentreffen mit sehr seltenen Mißbildungen für die kongenitale Anlage der Affektion spräche. Männliches Geschlecht bestimmte Rassen (anglo-germanische Volksstämme) seien für Myositis ossificans prädisponierend.

Von einem Fall, wo gleichzeitig mit multiplen Exostosen bei einem $2^1/_2$jährigen Mädchen kongenitale Mikrodaktylie beiderseits auftrat, berichtet Boks. Bei der kleinen Patientin waren ferner die großen Zehen nicht voll entwickelt und in starker Vagusstellung.

Auch Friedrich Schulz sucht auf Grund histologischer Untersuchungen den Beweis für die Auffassung zu erbringen, daß die Knochenbildung bei der sogenannten Myositis ossificans nicht vom intermuskulären Bindegewebe, sondern vom Periost ausgeht, daß also der Name Myositis ossificans nicht berechtigt ist. Schulz behauptet, daß alle in der Literatur beschriebenen Fälle von Myositis ossificans traumatica periostalen Ursprungs wären, und das rapide Wachstum sowie der oft nur kleinbasige Zusammenhang mit dem Knochen kein Beweis dagegen sei.

Dieterich teilt einen Fall von Myositis ossificans traumatica im Musculus brachialis mit. Die Verknöcherung entstand nach Hufschlag, wobei auch das Periost lädiert wurde. Es war in diesem Falle merkwürdig, daß nur der über diese Perioststelle hinwegziehende Musculus

brachialis, nicht der in gleicher Weise gequetschte, aber weiter entfernt liegende M. biceps verknöcherte, was Dieterich unter anderem veranlaßt, einen metastasenähnlichen Transport von Knochenkeimen vom Periost her als Ursache für die Muskelverknöcherung für wahrscheinlich zu halten.

Eine andere Auffassung über die Entstehung der Exostosen hat Millner. Er behauptet, daß nicht nur Störung der Entwicklung, sondern auch später Knochenerweichung und dann vielleicht metaplastische Vorgänge in ihnen, wie zum Beispiel Umwandlung der Knochen und des Periostes in Knorpel, die Ursache des Leidens seien. Zum Schluß möchte ich noch Stempel erwähnen, der sich gegen trophoneurotische Störungen als veranlassendes Moment ausspricht und meint, daß man den Prozess auf Störungen in der embryonalen Anlage zurückzuführen habe.

Die Lokalisation der Exostosen ist natürlich ihrer Entstehungsweise entsprechend, nämlich vom Periost ausgehend, sehr mannigfaltig, überall wo Knochen vorhanden sind, an Extremitäten, Wirbeln, Rippen, ja sogar auch am Schädeldach können Exostosen auftreten. Merkwürdig bleibt jedoch, daß auch an der Innenseite des Schädels, besonders am Stirnbein, nicht selten, zumal bei gleichzeitiger allgemeiner Hyperostose, höckerige und stachelige Knochenauswüchse angetroffen sind, welche der dura mater ihre Entstehung verdanken, die in solchen Fällen mit der Innenfläche des Schädels verwachsen ist; die Knochenbildung beschränkt sich aber nicht auf die Außenseite der Dura, sondern wächst auch nach innen hinein. Das Auffallende der Lokalisation der Exostosen an der Innenseite des Schädels fällt fort, wenn man die dura mater gewissermaßen als inneres Periost der Schädeldecke auffaßt.

Daß natürlich die an der inneren Fläche befindlichen Exostosen, wenn sie auch ziemlich selten eine beträchtliche Größe erreichen, durch den Druck und Reiz, den sie auf das Gehirn ausüben, sehr gefährlich werden können, sogar Epilepsie hervorrufen können, ist verständlich.

Wenn ich mich nun zur engeren speziell neurologischen Literatur wende, so kann und darf ich auch die

Fälle in den Bereich der Betrachtung ziehen, in denen nicht eine Komplikation einer Erkrankung des Nervensystems mit Exostosen beschrieben ist, sondern auch mit Polymyositis ossificans. Ich glaube eben den Beweis erbracht zu haben, daß die Unklarheit, die über diese beiden Krankheitsbegriffe herrscht, eine große ist, und daß auf Kosten der Exostosen ein großer Teil der Fälle unter der Marke: „Polymyositis ossificans" beschrieben ist. Einen Fall von gleicher oder ähnlicher Komplikation wie der unserige habe ich in der Literatur nicht finden können. Ich glaube wohl, daß solche Fälle schon vorgekommen sind, daß man aber bei dem geringen Interesse, das man früher für die funktionellen Neurosen hatte, es nicht der Mühe für wert befand, einen solchen Fall zu veröffentlichen. So muß ich denn einige Fälle aus der Literatur anführen, wo Nervenkrankheit organischer Natur und Exostosen gleichzeitig vorkommen; bemüht man sich ja doch in jüngster Zeit, auch die Neurasthenie auf organische Störungen insbesondere Stoffwechselstörungen zurückzuführen.

Kasuistik. 1. Ritter teilt einen Fall von tabes dorsalis mit, welcher als Nebenbefund multiple Exostosen aufweist. Da die Knochenveränderungen aber bereits seit der frühesten Kindheit bei der Patientin bestanden, und die Gelenke bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen als vollkommen frei befunden wurden, so können die Exostosen in diesem Falle nicht als ursächlich zusammenhängend mit der tabes dorsalis betrachtet werden.

2. Lannois und Roy bringen einen Fall von multipler Exostosenbildung mit Neigung zur Vereiterung zur Kenntnis. Bei einem hereditär belasteten Tuberkulösen traten im dritten Lebensdezennium multiple Exostosen ziemlich rasch auf, die meist symmetrisch supraepiphysär lagen, von denen einzelne vereiterten. Fünf Jahre später traten solche auch am zweiten und dritten Finger der linken Hand auf und führten dort zu einer Spontanamputation eines Teiles der Endphalangen, so daß man ein Bild wie bei Syringomyelie vor sich hat.

Es besteht Thermoanästhesie der linken Körperseite einschließlich des Gesichts, Hemianästhesie der Zunge, Verringerung des Hör- und Sehvermögens, voll-

kommener Verlust des stereognostischen Sinnes links. Es bestand anderseits Anästhesie der Conjunctiva, Fehlen der Pharynx- und Nasenreflexe und eine hysterogene (?) Zone am Beckengürtel rechts. Zu Beginn der Erkrankung bestand eine vorübergehende Lähmung der linken Körperseite.

Verfasser kommt zum Schlusse, daß die Pathologie der vorliegenden Erkrankung noch nicht genügend bekannt ist, daß ihre Ursache vielleicht in einer Affektion der grauen Substanz des Rückenmarks zu suchen ist, und die Tendenz zur Vereiterung dem Vorhandensein von Tuberkulose zugeschrieben werden kann.

3. Wilms spricht an der Hand eines Falles die Ansicht aus, daß die Ursache der bei tabes auftretenden Knochen-, Gelenk- und Muskelveränderungen nicht in einer Nervenalteration zu erblicken ist. Er stimmt darin mit v. Volkmann und Virchow überein. Wilms behauptet jedoch, daß sich stets erkennen ließe, daß mechanische Insulte die Ursache der Wucherungen und Knochenbildungen seien; denn in allen Fällen ließe sich direkt nachweisen, daß nur die Muskelgewebe verknöchern, die den dauernden Insulten und Überanstrengungen bei Bewegungen des erkrankten Gelenkes ausgesetzt sind. Von Fällen, wo funktionelle Neurosen und Exostosen gleichzeitig auftraten, habe ich, trotzdem ich die Literatur ungefähr 50 Jahre zurückverfolgt habe, nichts finden können. Mag es nun daran liegen, daß, wie ich oben schon erwähnte, früher wohl nicht das nötige Interesse für die funktionellen Neurosen vorhanden war, oder daran, daß ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Exostosen und Neurasthenie vielleicht gar nicht vorhanden ist.

Was diese Frage angeht, so besteht zuerst die Möglichkeit, daß X infolge der Exostosen neurasthenisch geworden ist, hingegen kann man aber auch die Exostosen als Ausdruck somatischer Minderwertigkeit auffassen, die zu X als eventuell konstitutionellem Neurastheniker wohl passen würden.

Um mich der zuerst erwähnten Möglichkeit zuzuwenden, so muß man ohne weiteres zugeben, daß jede organische Erkrankung die Psyche des Menschen mehr oder minder alteriert. Ein Mensch, der gezwungen ist, vielleicht tagelang das Bett zu hüten, ein Mensch, der

Schmerzen zu ertragen hat, oder wie in diesem Falle greif- und faßbare, ohne künstliche Hilfe nicht zu beseitigende, Veränderungen an seinem Körper beobachtet, und das nicht einmal, sondern in kurzen Abständen immer von neuem, wird leicht empfindlich und gereizt gegen seine Umgebung, kann schließlich zum Neurastheniker werden. Können doch körperliche Schmerzen, wie zum Beispiel der Wehenschmerz, Trigeminusneuralgie, Migräne, direkt Dämmerzustände, Delirien und schwere psychopathische Zustände hervorrufen. (Ziehen.)

Wie aus der Krankengeschichte hervorgeht, hat X die Nervenklinik der Kgl. Charité hauptsächlich aus dem Grunde aufgesucht, weil er glaubte, es bilde sich eine Exostose in oder auf dem Schädel. Tatsächlich wies der Schädel keine Exostosen auf, wie aus der Röntgenplatte ersichtlich war; gesetzt selbst den Fall, man hätte solche gefunden, so hätte man an Reizungen der Rinde denken und Jackson-Epilepsie erwarten müssen. Von Anfällen solcher Art waren aber die des Patienten bis auf einen, über den ich oben schon berichtet habe, ganz verschieden; auch waren seine übrigen Beschwerden rein neurasthenischer Natur.

Daß jedoch das Gefühl, es bilde sich in oder auf dem Schädel eine Exostose, die nach der unbestimmten Ansicht des Laien große Verheerungen im Zentralnervensystem anrichten müsse, Angstzustände hervorrufen kann, ja hervorrufen muß, ist wohl erklärlich. Unterstützt und bestätigt wurde dieses quälende Gefühl durch Schmerzen, die genau denselben Charakter gehabt haben sollen wie die beim Entstehen von Exostosen. So bilden denn immerhin die Exostosen, im engeren Sinne der von der Bildung früheren Exostosen her gekannte Schmerz auf dem Mittelkopf, ein agens provocatorium für einen Teil der neurasthenischen Beschwerden unseres Patienten. Keineswegs aber glaube ich, daß die Exostosen allein eine Neurasthenie hervorgerufen haben; denn begünstigend für die Entwicklung der Neurasthenie ist hier noch ein anderer Umstand gewesen, die hereditäre Belastung des Patienten.

Der Vater hat seinem Leben durch suicidium ein vorzeitiges Ende bereitet, die Mutter soll gleichfalls wie der Patient homosexuell gewesen sein. So ist denn, wie

ich eben ausgeführt habe, X schon als Knabe anders gewesen wie seine Altersgenossen, so ist ihm gleichsam als erstes Geschenk seiner Eltern die psychopathische Konstitution mitgegeben, auf deren Boden sich alle Neurosen und Psychosen entwickeln können.

An seinem Körper weist der Patient allerdings nicht viel Degenerationszeichen auf. Die oben beschriebenen allein würden uns keineswegs berechtigen, bei einem gesunden Menschen die Befürchtung auszusprechen, daß er später einmal eine Neurose oder Psychose bekommt. Aber in unserem Falle, wo wir einen konvergent belasteten, an schwerer Neurasthenie leidenden Hereditarier vor uns haben, dürfen wir die stigmata degenerationis keineswegs vernachlässigen. Solcher Fälle sind in der Literatur noch mehrere bekannt.

Ich möchte nur einen von Michelsohn beschriebenen Fall erwähnen, wo bei einem Mädchen, das ein Siebenmonatskind war und symmetrische Verkürzung der großen Zehen mit zur Welt gebracht hatte, im siebenten Lebensjahr eine Myositis ossificans progressiva auftrat.

Wilhelm Rager beschreibt einen Fall von Exostosen mit angeborener Mikrodaktylie, der sehr viel Ähnlichkeit mit dem von Boks beschriebenen Fall, den ich oben schon erwähnte, aufweist.

Dieses eigenartige Zusammentreffen gewisser Mißbildungen, die doch zweifellos Entartungszeichen sind, gestattet mir wohl die wenn vielleicht auch etwas kühne Annahme, daß die Exostosen bei dem erblich schwer belasteten Patienten auch als stigma eines kongenital minderwertigen Nervensystems aufzufassen sind. Ist doch das Zusammentreffen von Entwicklungsstörungen mit nervösen Erkrankungen absolut nicht so selten; so kommt zum Beispiel Epilepsie recht häufig bei rhachitischen Kindern vor.

Wenn ich die Frage nach den Beziehungen der multiplen Exostosen zur Neurasthenie präzisiere, so drängen sich beide eben besprochenen Möglichkeiten auf: sowohl die Neurasthenie als eine Folge der Exostosen zu betrachten als auch die Exostosen als stigma degenerationis bei einem konstitutionellen Neurastheniker aufzufassen. Die Antwort auf diese Frage möchte ich folgendermaßen formulieren:

Nicht können die Exostosen allein wohl eine so hochgradige Neurasthenie hervorrufen; dann würden nach „Erhärten der Exostosen“ die neurasthenischen Beschwerden jedesmal nachgelassen haben, der Grad der Neurasthenie also parallel der Kurve sein, die man über Entstehen und Schmerzhaftigkeit der Exostosen anlegen könnte. Hiergegen spricht der Anfall, den der Patient am 14. April 1906 gehabt haben will, zu einer Zeit, wo die Exostosen ihm keinerlei Beschwerden mehr machten. Aber als agens provocatorium haben die Exostosen hier gewirkt, und zwar um so mehr, als bei dem jeglichen körperlichen und psychischen Insulten besonders preisgegebenen Hereditarier eine Neubildung am Körper auch psychische und funktionelle Veränderungen hervorrufen mußte.

Wenn ich mich jetzt der zweiten Frage, der Frage nach den Beziehungen der Konträrsexualempfindung zur Neurasthenie, zuwende, so muß ich auf die im ersten Teil meiner Arbeit besprochene Ätiologie der Neurasthenie zurückgreifen. Die Neurasthenie, als eine konstitutionelle, kommt bei unserem Patienten ganz sicher auch in Betracht. Wenn ich oben gesagt habe, daß die Exostosen allein nicht eine so hochgradige Neurasthenie hätten hervorrufen können, wenn sie nicht gerade bei einem erblich so schwer belasteten Individuum aufgetreten wären, so glaube ich, kann ich jetzt noch weiter gehen und die Neurasthenie als eine erblich degenerative auffassen, im Sinne einer erblichen Prädisposition, bei der die Exostosen ein auslösendes Moment waren, um die Neurasthenie hervorzurufen bezw. zu erschweren.

In diesem Sinne aufgefaßt, könnte man sowohl Neurasthenie wie konträre Sexualempfindung als Ausdruck einer erblich degenerativen psychopathischen Konstitution deuten.

Eine zweite Möglichkeit wäre die, daß die Konträrsexualempfindung und ihre Betätigung die Neurasthenie vielleicht im Verein mit den Exostosen erst hervorgerufen hätten.

Bevor ich auf diese beiden Erklärungsweisen des Zusammenhanges zwischen Konträrsexualempfindung und Neurasthenie eingehe, will ich kurz den Begriff der

Konträrsexualempfindung und die verschiedenen Anschauungen, die über diese eigenartige Verirrung menschlichen Empfindens bestehen, einer Erörterung unterziehen.

Krafft-Ebing, wohl der bedeutendste Erforscher des Sexuallebens des Menschen, hat zuerst der forschenden Literatur über die Konträrsexualempfindung den Stempel der Wissenschaft aufgedrückt und durch das Erscheinen seiner Psychopathia sexualis bewirkt, daß die wissenschaftliche Literatur über dieses Thema streng von den belletristischen, in den Schaufenstern ausliegenden Schriften getrennt wurde. Krafft-Ebing führte die Begriffe der Anaesthesia sexualis, der geschlechtlichen Unempfindlichkeit, der Paraesthesia sexualis oder Perversion des Geschlechtstriebes und der Hyperaesthesia sexualis, der geschlechtlichen Überempfindlichkeit, ein. In unserem Falle handelt es sich um einen Teil der Paraesthesia sexualis. Hierunter versteht Krafft-Ebing „eine perverse Betonung sexueller Vorstellungskreise mit Gefühl, insofern Vorstellungen, die physio-psychologisch sonst mit Unlustgefühlen betont sind, mit Lustgefühlen einhergehen, und zwar können diese abnorm stark damit sich assoziieren bis zur Höhe von Affekten. Das praktische Resultat sind perverse Handlungen. (Perversion des Geschlechtstriebes).“ Diese Perversion des Geschlechtstriebes kann sich nun entweder bei geschlechtlicher Neigung zu Personen des anderen Geschlechtes in perverser Betätigung des Triebes oder in mangelnder Geschlechtsempfindung gegenüber dem anderen bei stellvertretendem Geschlechtsgefühl und Geschlechtstrieb zum eigenen Geschlecht äußern. Zu den ersten Perversionen würde man den Lustmord, die aktive usd passive Flagellation, Leichenschändung, Exhibitionismus und andere Äußerungen des Geschlechtsgefühls zu rechnen haben, zu den letzteren die „konträre Sexualempfindung“. Hierbei fühlt sich in der Regel der mannliebende Mann („Urning“) der Person des eigenen Geschlechtes gegenüber in der sexuellen Rolle des Weibes, das weibliebende Weib fühlt sich dem anderen gegenüber in der Rolle des Mannes.

Krafft-Ebing unterscheidet zwischen einer angeborenen und einer erworbenen Konträrsexualempfindung. Westphal, welcher zuerst eine Abhandlung über die

„angeborene Verkehrung der Geschlechtsempfindung mit dem Bewußtsein der Krankhaftigkeit der Erscheinung“ schrieb und hierbei den seither allgemein rezipierten Namen der „konträren Sexualempfindung“ einführte, läßt es unentschieden, ob die „konträre Sexualempfindung“ Symptom eines neuro- oder eines psychopathischen Zustandes sei oder als isolierte Erscheinung vorkommen könne. Er hält jedoch fest an dem Angeborensein des Zustandes. Krafft-Ebing faßt auf Grund der veröffentlichten Fälle diese eigenartige Geschlechtsempfindung als ein funktionelles Degenerationszeichen und als Teilerscheinung eines neuropsychopathischen, meist hereditär bedingten Zustandes auf. Als Zeichen dieser neuro-(psycho-)pathischen Belastung lassen sich anführen:

1. Das Geschlechtsleben derartig organisierter Individuen macht sich in der Regel abnorm früh und in der Folge abnorm stark geltend. Nicht selten bietet es noch anderweitige perverse Erscheinungen außer der an und für sich durch die eigenartige Geschlechtsempfindung bedingten abnormen Betätigung des Triebes.

2. Charakter und ganzes Fühlen sind von der eigenartigen Geschlechtsempfindung, nicht von der anatomisch-physiologischen Beschaffenheit der Geschlechtsdrüsen bedingt. Die geistige Liebe dieser Menschen ist vielfach eine schwärmerisch exaltierte, wie auch ihr Geschlechtstrieb sich mit besonderer, selbst zwingender Stärke in ihrem Bewußtsein geltend macht.

3. Neben dem funktionellen Degenerationszeichen der konträren Sexualempfindung finden sich anderweitige funktionelle, vielfach auch anatomische Entartungszeichen.

4. Es bestehen Neurosen (Hysterie, Neurasthenie, epileptoide Zustände usw.). Fast immer ist temporär oder dauernd Neurasthenie nachweisbar. Diese ist in der Regel eine konstitutionelle, in angeborenen Bedingungen wurzelnd. Geweckt und unterhalten wird sie durch Masturbation oder durch erzwungene Abstinenz.

5. In der Mehrzahl der Fälle finden sich psychische Anomalien (glänzende Begabung für schöne Künste, besonders Musik, Dichtkunst usw.).

6. Fast in allen Fällen, die einer Erhebung der körperlich geistigen Zustände der Aszendenz und Blutsverwandtschaft zugänglich waren, fanden sich Neurosen,

Psychosen, Degenerationszeichen usw. in den betreffenden Familien vor.

Die zahlreichen Beobachtungen Krafft-Ebings in der Psychopathia sexualis geben eine Grundlage für die häufige Wiederkehr dieser Zeichen einer neuro(psycho)-pathischen Belastung bei Konträrsexuellen.

Gelingt es mir nun, den Nachweis zu erbringen, daß die Mehrzahl der angeborenen Zeichen auch bei X zutreffend sind, so habe ich damit nach Krafft-Ebing, den Beweis für die neuro- (psycho-) pathische Belastung des Patienten erbracht und zugleich die Möglichkeit gewonnen, seine Neurasthenie auch als eine auf neurasthenisch-psychopathischer Konstitution entstandene Neurose aufzufassen.

Ad 1. Was den ersten Punkt angeht, so hat sich auch bei unserem Patienten das Geschlechtsleben schon im Alter von 12 Jahren geltend gemacht. Wie er selbst sagt, zeigten sich in diesem Alter schon homosexuelle Neigungen, und gerade der Umstand, daß die ersten geschlechtlichen Neigungen rein homosexueller Natur waren, ist entscheidend für das Angeborensein der Perversion.

Ad 2. Auch in unserem Falle ist Charakter und Fühlen nicht immer von der anatomisch-physiologischen Beschaffenheit der Geschlechtsdrüsen, sondern von der eigenartigen Geschlechtsempfindung bedingt. Die Betätigung der Liebe ist bei unserem Patienten, wenn man ihm Glauben schenken darf, „meist schwärmersich, oft rein und ideal".

Ad 3. Der Körper weist verschiedene anatomische Degenerationszeichen auf (siehe Krankengeschichte).

Ad 4. Es besteht Neurasthenie; neurasthenische und epileptoide Anfälle sind vorgekommen.

Ad 5. Patient hat eine gute Begabung für die Dichtkunst. (Siehe Gedicht in der Krankengeschichte.)

Ad 6. In der Aszendenz ist Suicidium und Konträrsexualität.

Unser Fall entspricht demnach in allen Punkten dem von Krafft-Ebing angegebenen Typus einer angeborenen Konträrsexualempfindung, wenn vielleicht aus dem Grund nicht ganz rein, weil X angibt, von einem Mitschüler zum Masturbieren verleitet worden zu sein. Zieht man jedoch in Erwägung, daß X schon

vorher homosexuell empfunden haben will, und denkt man an die Kindheit unseres Patienten, wo dieser sich hauptsächlich mit weiblichen Arbeiten etc. beschäftigte, so darf man ruhig dieses Moment außer acht lassen; zumal auch die erworbene Form der Konträrsexualempfindung nur bei belasteten Individuen vorkommt.

Einen anderen eigenartigen Zusammenhang zwischen der Konträrsexualempfindung und der Neurasthenie könnte man auch darin sehen, daß sich die Anomalie häufig auf bloße Verkehrung der Geschlechtsempfindung beschränken kann, und daß sich der Drang zu perverser Befriedigung erst durch eine Gelegenheitsursache, zum Beispiel Verführung, oder durch eine eingetretene Neurose geltend macht. Demnach hätte in unserem Falle vor Eintreten der neurasthenischen Beschwerden nur eine perverse Empfindung und mit Beginn der Neurasthenie erst die Betätigung des perversen Triebes stattfinden müssen. Hiergegen sprechen aber die Tatsachen der Krankengeschichte. Auf die Betätigung der konträren Sexualempfindung bei unserem Patienten muß ich in folgendem noch näher eingehen. Wie ich oben schon erwähnte, fühlt sich in der Mehrzahl der Fälle der mannliebende Mann der Person des eigenen Geschlechtes gegenüber in der Rolle des Weibes. Diese Beobachtung stimmt auch mit der ersten und zweiten Jugend unseres Patienten überein. Die kindlichen Spiele, die Neigung zu älteren Mitschülern, zum Lehrer und späterhin die Verhältnisse mit Männern, die älter als er waren, lassen X jedesmal in der Rolle des Weibes, des Jüngeren und Schwächeren erscheinen. Eigenartig und fast unerklärlich ist aber der Umschlag in der Wahl des Objektes mit dem 28. Lebensjahr. Welche Ursachen haben diesen Wechsel nun bedingt?

Zunächst ist es rein physiologisch zu erklären, wenn ein junger Mensch vor und bis zum Abschluß der Pubertät unter anderem auch homosexuelle Neigungen hat. Hirschfeld hat nachgewiesen, daß sich diese Neigungen bei ganz normalen Individuen sogar bis ins 24. Lebensjahr erstreckt haben, um dann einem gesunden Geschlechtsempfinden Platz zu machen. Immer ist aber dann die Neigung zu älteren Personen vorhanden gewesen, so daß selbst bei der Annahme, es habe sich in unserem

Falle bis zum 28. Lebensjahr um keine Anomalie der Geschlechtsempfindung gehandelt, man zugeben muß, daß dann erstens die Pubertät sehr spät zum Abschluß gekommen wäre, und zweitens bei dem Wechsel des Objekts die Konträrsexualempfindung hier um so pathologischer wäre.

Ferner könnte man die zunehmende Männlichkeit als Grund dafür anführen. Magnus Hirschfeld sagt in seiner Schrift über die objektive Diagnose der Homosexualität:

„Je femininer ein Mann ist (Weiblinge), um so mehr liebt er ausgesprochene männliche Typen („drauci"), je mehr im Urning die männlichen Züge überwiegen, um so mehr liebt er Individuen, die im Äußeren und Charakter etwas Weiblich-Zartes haben, Jünglinge, wobei ihm jedoch feminine Urninge zu weibisch zu sein pflegen."

Auffallend ist, daß dieser Wechsel in der Wahl des Objekts zeitlich ungefähr mit der Exostosenbildung zusammenfällt, so könnte man denn zu der Überlegung kommen, daß sich der Patient selbst mit den Hervorragungen an seinem Körper, mit dem zunehmend männlichen Aussehen nicht mehr weiblich zart genug fühlte, um sich sexuell in die Rolle des Weibes zu denken. Selbstverständlich kann man auch hier die Glaubwürdigkeit des Patienten anzweifeln. X selbst weiß, wie oben gesagt, keine Erklärung für diesen Umschlag.

So glaube ich denn den Nachweis gebracht zu haben, daß die konträre Sexualempfindung bei X in jedem Falle als eine angeborene aufgefaßt werden muß. Seine Neurasthenie kann sicher auch als eine hereditäre gedeutet werden, und zwar erstens im Rahmen der Anomalie der angeborenen Perversion des Geschlechtstriebes, zweitens der Exostosen als stigma degenerationis und dann der übrigen Degenerationszeichen und der konvergierenden Belastung.

Anderseits kann aber die Neurasthenie verstärkt oder die psychopathische Konstitution in Neurasthenie umgewandelt sein durch die psychischen Insulte, die die Konträrsexualempfindung notwendig mit sich bringen muß, abgesehen von dem, was die Exostosen der Psyche unseres Patienten geschadet haben.

Zunächst muß man der Frage näher treten, ob die Konträrsexualempfindung an sich zu den Neurosen bezw. Psychosen zu rechnen ist, oder ob, wie die Mehrzahl der Urninge, auch medizinisch gebildeter Urninge behaupten, die Perversion des Geschlechtstriebes in einer natürlichen Folge der bisexuellen Anlage des Menschen zu suchen sei.

Hirschfeld und Näcke haben sich mit der Frage der bisexuellen Veranlagung des Menschen in neuerer Zeit sehr viel beschäftigt. In körperlicher Hinsicht glaubt Hirschfeld diese Veranlagung auf Grund seiner anthropologischen Untersuchungen nachgewiesen zu haben. Hirschfeld sowohl wie Näcke denken auch in geistiger Hinsicht an eine bisexuelle Veranlagung des Menschen. So hat denn Hirschfeld die These aufgestellt, „daß man männlich und weiblich nur diejenigen Personen nennen könne, die im körperlichen und geistigen Habitus ein Plus oder Minus gewisser Bildungen und Eigenschaften aufweisen; letztere nebst einer gewissen Kombination nennen wir dann im engeren Sinne männliche oder weibliche Attribute."

Wenn ich mich auch dieser letzteren Ansicht im allgemeinen anschließen möchte, so will ich damit doch nicht den Konträrsexualismus als etwas Physiologisches aufgefaßt wissen. Vielmehr glaube ich, daß bei einem durch seine körperlichen Eigenschaften als Mann imponierenden Individuum auch ein Plus männlicher geistiger Attribute vorhanden sein muß: fehlt dieses, so ist es immerhin als eine Abnormität hinzustellen, sei es daß es sich nun um angeborene oder erworbene Konträrsexualempfindung handle. In einem Buche von Fuchs (Richard Wagner und die Homosexualität), das allerdings keinen Anspruch auf Wissenschaftlichkeit machen kann, sind Männer mit vorwiegend weiblichen geistigen Attributen als „geistig Homosexuelle" bezeichnet worden. Diese Benennung halte ich für etwas zu weitgehend, wenn darin auch die Abnormität klar zum Ausdruck gebracht worden ist.

Auch Moll faßt den homosexuellen Geschlechtstrieb als ein pathologisches Phänomen auf. Ob man nun die konträre Sexualempfindung zu den Neurosen oder Psychosen rechnen soll, ist im allgemeinen schwer zu sagen.

Die häufige Komplikation einer Geisteskrankheit oder einer funktionellen Nervenkrankheit mit der Perversion des Geschlechtstriebes wird in den meisten Fällen von vornherein die Diagnose erleichtern. Wenn man den homosexuellen Geschlechtstrieb durchaus als selbständige Krankheit aufgefaßt wissen will, so möchte ich ihn in Anbetracht des Fehlens psychotischer Elemente mehr in das Gebiet der Neurosen verweisen.

Daß das sexuelle Empfinden entschieden mit dem Zentralnervensystem in Zusammenhang steht, nimmt Krafft-Ebing auch als sicher an. Der Sexualtrieb als Fühlen, Vorstellen und Drang ist nach Krafft-Ebing eine Leistung der Hirnrinde. Ein Territorium in dieser, das ausschließlich sexuelle Empfindungen und Dränge vermittelte (Zentrum eines Geschlechtssinnes), ist bis jetzt nicht nachgewiesen. Bei den nahen Beziehungen, in welchen Geschlechtssinn und Geruchsinn stehen, wäre das Zentrum für jenen in der Nähe des Riechzentrums zu suchen. Dies vermutet Ferrier (Funktionen des Gehirns) in der Gegend des gyrus uncinatus.

Da also der Sexualtrieb und die Generationsorgane in bedeutsamer funktioneller Reaktion zum Nervensystem stehen, begreift sich die Häufigkeit der aus sexuellen Störungen hervorgehenden Neurosen und Psychosen.

Wenn ich mich zu unserem Fall zurückwende, so ist bisher festgestellt worden, daß die konträre Sexualempfindung bei unserem Patienten als eine angeborene aufzufassen ist auf Grund einer erblichen konstitutionellen Degeneration. Solche Individuen haben neben der Parästhesie ihres Geschlechtsempfindens häufig noch eine Hyperästhesie und leiden schwer unter der Last dieser konstitutionellen Anomalie ihres Trieblebens. Die Hyperästhesie als solche stellt eine Überempfindlichkeit des normalen Geschlechtstriebes dar. Ich halte es deshalb für falsch bei einem Weibe den Masochismus, bei einem Manne den Sadismus als eine Perversion des Geschlechtstriebes zu deuten; vielmehr erkennt man darin eine Hyperästhesie des normalen Geschlechtsempfindens. Denn daß das Weib in der sinnlichen Rolle des Schwächeren sich schlagen läßt, der Mann in der Rolle des Stärkeren schlägt, bedeutet nichts Konträres, sondern nur einen Komparativ des Normalen. Beweis hierfür liefert uns

das Tierreich, wo wir in der Brunstzeit den Kampf unter den Tieren täglich beobachten können. Was ist es anderes als Masochismus, wenn eine Brunhild in der Nibelungensage mit ihren Freiern kämpft, sich anscheinend wehrt, um doch schließlich dem geliebten Manne zu unterliegen? Von Konträrsexualempfindung können wir erst reden, wenn wir Sadismus beim Weibe und Masochismus beim Manne vorfinden.

Die Hyperästhesie also und die sich daraus ergebende häufige Nichtbefriedigung des Dranges, sei es aus Mangel an Gelegenheit oder aus Angst vor Entdeckung, kann eine wahre Brunst oder eine mit Angstempfindungen einhergehende psychische Situation herbeiführen, in welcher das Individuum dem Trieb erliegt und seine Zurechnungsfähigkeit zweifelhaft wird. Es können sogar Affekt-Dämmerzustände mit Amnesie entstehen. Unterliegt das Individuum nicht seinem mächtigen Drang, so entsteht die Gefahr, durch die erzwungene Abstinenz sein Nervensystem im Sinne einer Neurasthenie zu ruinieren. (Krafft-Ebing). Dies könnte eine Erklärungsweise sein für das Entstehen der Neurasthenie bei X.

Über sein geschlechtliches Bedürfnis in früherer Zeit macht X keine verwertbaren Angaben; wenn er sagt, jetzt hätte die Strafe so auf ihn gewirkt, daß er keinerlei Gefühle mehr habe, so glaube ich, darf man seinen Mitteilungen nicht allzugroßen Wert beimessen. Im allgemeinen wird der Mann um so schwächer und sinnlicher, in dem Maße, als er neuropathisch wird. Ist ein Mann also auf Grund seines lebhaften geschlechtlichen Bedürfnisses oder der erzwungenen Abstinenz erst Neurastheniker geworden, so nimmt sein Bedürfnis zu, infolgedessen andererseits auch wieder die Neurose, so daß ein circulus vitiosus in den meisten Fällen entstehen muß.

Einen anderen psychischen Insult übt die konträre Sexualempfindung indirekt auf ihre Träger aus; das ist die ständige Angst vor der gerichtlichen Bestrafung. Die peinliche Vorsicht, mit der der Urning seinem sexuellen Triebe nachkommen muß, um nicht entdeckt zu werden, die häufigen Erpressungen, denen er ständig von seiten der sogenannten „Rupfer“ ausgesetzt ist, alle

diese Aufregungen müssen ihm das Leben verbittern und müssen auch in seinem Gemüt und seinem Nervensystem ihre Spuren hinterlassen. So steht denn der Urning vor der Wahl, sich seine Neurose entweder durch erzwungene Abstinenz oder durch ständige Aufregungen im obigen Sinne zu erwerben. Beide ätiologische Momente treffen in unserem Falle zu. Als drittes tritt hier noch die Abbüßung der wegen Betätigung der Konträrsexualempfindung verhängten Strafe, die natürlich neben den körperlichen Strapazen auch psychisch ganz unverwischbare Spuren hinterlassen mußte. So haben wir denn in den Beziehungen der Konträrsexualempfindung zur Neurasthenie eine Parallele zu den Beziehungen der Exostosen zur Neurasthenie.

In beiden Fragen handelt es sich um eine degenerative Konstitution, die sowohl hier Konträrsexualempfindung als dort Exostosen entstehen läßt. Die Neurasthenie kann aus dieser konstitutionellen Anomalie allein wohl auch schon erklärt werden. Erschwerend haben aber sicher sowohl die Konträrsexualempfindung als die Exostosen auf die Bildung und den Grad der Neurasthenie gewirkt, so daß nur auf diese Weise ein so schwerer Krankheitszustand zu erklären ist.

Daß tatsächlich alle drei Krankheitserscheinungen, die Exostosen, die Konträrsexualempfindung und die Neurasthenie als hereditäre Krankheiten aufgefaßt werden können, ist aus der Vorgeschichte des Patienten leicht zu erklären. An und für sich mag es befremdend erscheinen, für drei so verschiedene Krankheitsbilder dieselbe Ätiologie heraussuchen zu wollen. Betrachtet man aber, um mich den Worten Jendrassiks anzuschließen, die Heredität als Krankheitsursache, so wird es evident, daß alle jene zahlreichen Gewebselemente, aus denen der Organismus zusammengestellt ist, mehr oder weniger einer mangelhaften Entwicklung unterliegen können; diese kann sich dann einfach in Aplasie, in Zurückbleiben der Entwicklung, manchmal in atavistischer Verbildung oder in mangelhafterer Lebensanlage und so in einer später eintretenden Degeneration erkennbar machen.

Somit ruft dieser ätiologische Faktor nicht solche einheitlichen, gesetzmäßig umschriebenen Krankheitsformen hervor, wie wir sie in den einzelnen Formen der exogen

entstandenen Leiden vor uns haben; die hereditär entstandenen übertreffen allein die Mannigfaltigkeit der exogenen Krankheitstype, da sie eine nahezu unendliche Reihe von den heterogenen Symptomenkomplexen darstellen können.

Haben wir hier in unserem Falle eine nachweislich auf Degeneration beruhende Konträrsexualempfindung, eine zum mindesten durch Heredität zum größten Teile mitbedingte Neurasthenie, so ist es wohl das Nächstliegende, auch die Exostosen als eine in einer kongenitalen Störung der Anlage beruhende Erkrankung aufzufassen.

Jendrassik hat eine Reihe von Beobachtungen beschrieben, in denen er auf hereditärer Basis beruhende Verkürzungen der Muskeln, Sehnen, Bänder und Deformationen der Knochen darstellt. Die Heredität gibt eine Disposition zu direkten Aplasieen, Hyperplasieen, Atrophieen und Degenerationen.

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimen Medizinalrat Professor Dr. Ziehen für die Anregung zu dieser Arbeit und die gütige Überlassung des Falles sowie Herrn Oberarzt Dr. Vorkastner für die mir bei der Anfertigung der Arbeit erteilten Ratschläge meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

Beard, George M., A practical treatise on nervous exhaustion (Neurasthenia) its symptoms, nature, sequences, treatment. New York 1892.

Binswanger, Pathologie und Therapie der Neurasthenie. Jena 1896.

Boks, Beitrag zur Myositis ossificans progressiva. Berl. klin. Wochenschr. 1897, Band 41—43.

Dieterich, Über Myositis ossificans. D. militärärztl. Zeitschr. 1904, Nr. 1.

Düms, Handbuch der Militärkrankheiten, Band III, II. Auflage.

Eulenburg, Real-Enzyklopädie der gesammelten Heilkunde, Bd. VII.

Fuchs, Richard Wagner und die Homosexualität. Berlin, H. Barsdorf, 1903.

Hirschfeld, Magnus, Geschlechtsübergänge, Leipzig.

Hirschfeld, Vom Wesen der Liebe. Leipzig, Spohr 1906.

Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen unter besonderer Berücksichtigung der Homosexualität. Leipzig 1899.

Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen unter besonderer Berücksichtigung der Homosexualität. Leipzig 1902.

Jahresberichte über Neurologie und Psychiatrie 1897—1905.

Jendrassik, Beiträge zur Kenntnis der hereditären Krankheiten. D. Zeitschr. für Nervenheilkunde, Leipzig 1902.

Kräpelin, Psychiatrie. Leipzig 1899.

v. Krafft-Ebing, Psychopathia sexualis, 1901, XI. Auflage.

Langerhans, Pathologische Anatomie. Berlin 1902.

Lannois et Roy, P., Exostoses multiples à tendance suppurative. Nouvelle Icon. de la Salp. p. 349.

Leubuscher, P., und W. Bibrowicz, Die Neurasthenie in Arbeiterkreisen. D. med. Wochenschr. 1905, Nr. 21.

Löwenfeld, Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie. Wiesbaden 1894.

Michelsohn, Julius, Ein Fall von Myositis ossificans progressiva. Zeitschr. f. orthopädische Chirurgie Bd. XII, p. 424.

Millner, Über Exostosen, besonders multiple. Referat d. Med. Wochenschr. Juni 1906.

Moll, Die konträre Sexualempfindung. Berlin 1893.

Näcke, P., Einige psychiatrische Erfahrungen für die Lehre von der bisexuellen Anlage des Menschen. 1906.

Orth, Pathologisch-anatomische Diagnostik. Berlin 1900.

Pincus, L., Die sogenannte Myositis ossificans progressiva multiplex infolge von Geburtsläsion. D. Zeitschr. f. Chirurgie Band 44, 1897.

Rager, Wilhelm, Über die sogenannte Myositis ossificans progressiva. Zeitschr. f. orthopädische Chirurgie IX, p. 380.

Ritter, Tabes mit multiplen Exostosen. Allg. med. Zentralztg. 1899, Nr. 99.

Schönhals, Paul, Über die Ursachen der Neurasthenie und Hysterie bei Arbeitern. Inaug.-Diss. Berlin, März 1906.

v. Schrenck-Notzing, Ein Beitrag zur Ätiologie der konträren Sexualempfindung. Wien 1895.

Schulz, Friedrich, Beiträge zur Kenntnis der sogenannten Myositis ossificans traumatica an der Hand zweier Fälle von cystöser Knochenneubildung im Muskel. Beitr. z. klin. Chirurgie, Band 33.

Stempel, Die sogenannte Myositis ossificans progressiva. Mitt. a. d. Grenzgebiet der Medizin und Chirurgie, Bd. III.

Vorkastner, W., Epilepsie. Deutsche Klinik, Berlin 1906.

Westphal, Archiv für Psychiatrie II, p. 73.

Wilms, M., Myositis ossificans, Exostosenbildung bei Tabes. Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen, Band III, Heft 2.

Ziehen, Psychiatrie. Leipzig 1902.

Thesen.

I.

Die Konträrsexualität kommt nur bei degenerierten Individuen vor.

II.

Die Trommer-Probe gibt nicht immer den sicheren Nachweis von Zucker.

III.

Die Absonderung geistig zurückgebliebener Kinder in die sogenannten Nebenklassen müßte in ganz Deutschland zum gesetzlichen Zwang gemacht werden.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Kurt Richter, evangelischer Konfession, Sohn des Apothekers Dr. phil. Richter, wurde am 31. Juli 1883 zu Kirchhain N.-L. geboren. Er besuchte von Ostern 1892 bis Ostern 1901 das Friedrichs-Gymnasium in Berlin, welches er mit dem Zeugnis der Reife verließ. Von Ostern 1901 bis Oktober 1905 war er bei der Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen immatrikuliert. Seiner Dienstpflicht mit der Waffe genügte er vom 1. April 1901 bis 30. September 1901 bei der 6. Kompagnie des Kaiser Alexander-Garde-Grenadier-Regiments Nr. 1. Am 6. Mai 1903 bestand er die ärztliche Vorprüfung. Am 1. Okt. 1905 wurde er zum Unterarzt beim Grenadier-Regiment König Friedrich der Große (3. Ostpreußisches) Nr. 4 ernannt und gleichzeitig bis zum 15. Februar 1907 zur Dienstleistung zum Königlichen Charité-Krankenhaus zu Berlin kommandiert. Am 22. März 1907 bestand er die ärztliche Staatsprüfung. Am 23. März 1907 wurde er zum Masurischen Feldartillerie-Regiment Nr. 73 versetzt.

Das Colloquium bestand er am 26. März 1907 bei den Herren Professoren v. Leyden, Hildebrand, Engelmann.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren:

Benneke †, v. Bergmann †, Bernhardt, Brieger, Bumm, Engelmann, Engler, Ewald, Fischer, B. Fränkel, Frey, Fritsch, Goldscheider, Gusserow †, Hertwig, Heubner, Hildebrand, Hiller, O. Israel, Jolly †, R. Köhler, König, Köppen, Kraus, Langgaard, Lesser, v. Leyden, Lexer, Liebreich, v. Michel, Olshausen, Orth, Passow, Rubner, Salkowski, Schulz †, F. E. Schulze, Schwendener, Sonnenburg, Straßmann, Stumpf, Thierfelder, H. Virchow, R. Virchow †, Waldeyer, Warburg, Ziehen.

Während seines Kommandos zum Charité-Krankenhause war er auf den Kliniken der Herren Professoren tätig:

Geheimer Medizinalrat Lesser (3 Monate), Geheimer Medizinalrat Ziehen (3 Monate), Geheimer Medizinalrat Bumm (3 Monate), Professor Hildebrand (3 Monate), Geheimer Medizinalrat v. Leyden, ($4^1/_2$ Monate).

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen ehrerbietigen Dank aus.